GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 9
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE
PARCIAL PROCEDÊNCIA DO AUTO DE INFRAÇÃO

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** **DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA** _____ **(**IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE	

PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)

( ) ADVERTÊNCIA	( ) INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO
( ) APREENSÃO DE PRODUTO	( ) PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
( ) INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO	( ) CANCELAMENTO DO ALVARÁ SANITÁRIO
( ) SUSPENSÃO DE VENDA E/OU FABRICAÇÃO DE PRODUTO	( ) INTERVENÇÃO
( ) CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO	( ) IMPOSIÇÃO DE MENSAGEM RETIFICADORA
( ) INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO (INDICAR A ÁREA/LOCAL/SETOR)	( ) SUSPENSÃO DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE

Pela presente fica notificado(a)_____, CPF/CNPJ_____, situada na _____, CEP_____, no município de _____, da imposição da(s) penalidade(s) acima assinalada(s), em razão do julgamento de parcial procedência do Auto de Infração Sanitária n.º_____/_____, de _____ de _____ de _____, pelo(s) fato(s) de_____

_____

_____ e que, de acordo com o art. 30 da Lei Federal nº 6437/77, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a _____ (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*) *pelo e-mail* _____ (*identificar o e-mail*), *em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a)*_____ (*endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso*).

CIÊNCIA

_____, _____de _____de _____.

_____
ASSINATURA
Nome: _____.
Identidade Funcional:_____.

RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____.

_____
AUTUADO
Nome: _____.
RG/CPF: _____.

QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

_____
TESTEMUNHA

_____
TESTEMUNHA